

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
ALBERTO ANDINO & ASOCIADOS CIA. LTDA.	1791314824001	53481
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
LA FLORESTA	LA FLORESTA	VEINTIMILLA
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 12 DE OCTUBRE	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	EL GIRON TORRE E PISO	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	13	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA UNIVERSIDAD CATOLICA	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad@andinoyasociados.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	asistenteandino@gmail.com	CELULAR
SITIO WEB		FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ANDINO MONTALVO LUIS ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0100880947
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/4/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	LA FLORESTA	BARRIO	LA FLORESTA
CALLE	VEINTIMILLA	NÚMERO	325
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 12 DE OCTUBRE	CONJUNTO	
BLOQUE	.	EDIFICIO/C.C.	EL GIRON TORRE E PISO
NÚMERO DE OFICINA	13	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA UNIVERSIDAD CATOLICA
CORREO ELECTRÓNICO	aandino2@gmail.com	TELEFONO	2061243
		CELULAR	0939941834

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	X
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.